



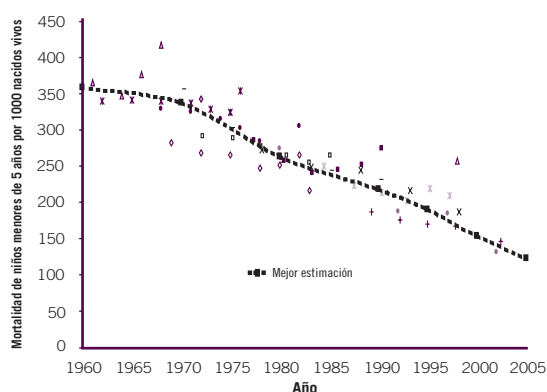
Parte 1

Diez cuestiones estadísticas de especial interés en salud pública mundial



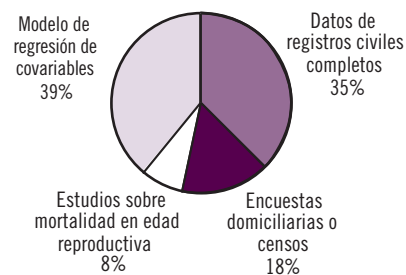
1. Seguimiento de los progresos: uso adecuado de las estadísticas sanitarias

Estimación de la tasa de mortalidad de <5 años a partir de datos recientes: Malawi¹⁻³



Nota: Cada punto es una tasa de mortalidad de menores de cinco años obtenida a partir de preguntas formuladas en encuestas domiciliarias o censos acerca del historial de supervivencia de los niños (método directo) o de preguntas acerca de todos los niños nacidos en la familia y los que siguen vivos (método indirecto).

Cómo se estimó la razón de mortalidad materna en 2000⁴



Nota: Se estimó la razón de mortalidad materna de 173 países.

La capacidad de seguir los progresos hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) depende fundamentalmente de que se disponga de datos. Es muy notable el contraste entre los datos disponibles sobre la tasa de mortalidad de menores de 5 años, indicador del ODM 4, y la razón de mortalidad materna, del ODM 5.

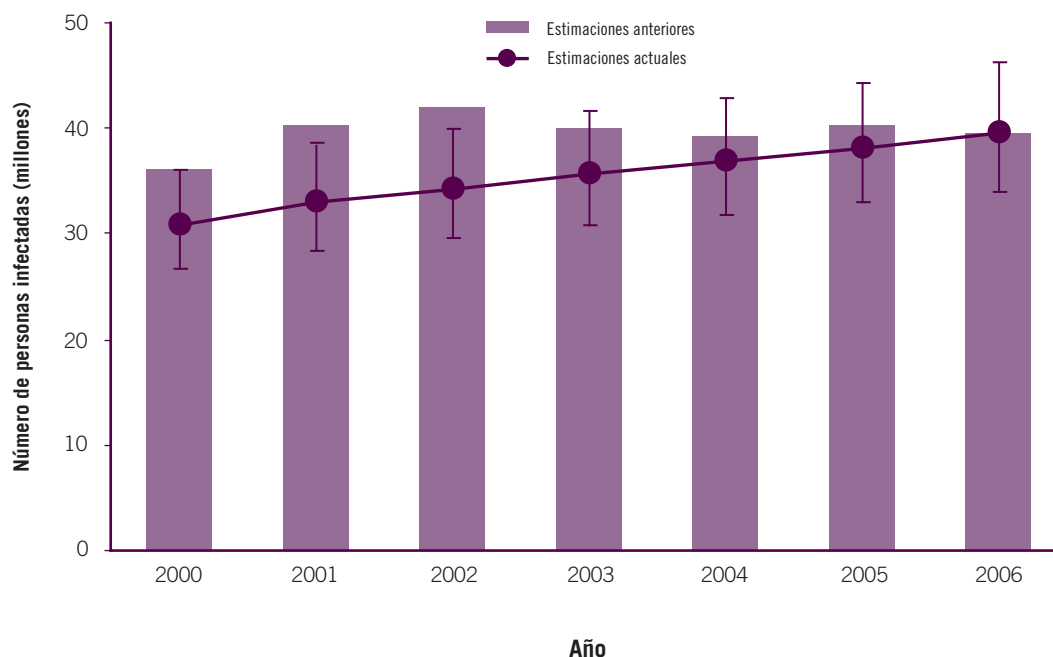
Las tasas de mortalidad de niños menores de cinco años se obtienen de sistemas de registro civil, censos y encuestas domiciliarias.¹ En la mayoría de los países se dispone de datos obtenidos a lo largo del tiempo, se analizan para obtener la mejor estimación del momento actual. Las estimaciones conllevan incertidumbre cuando es preciso proyectarlas al año en curso, ya que los datos más recientes suelen corresponder a unos años antes. Ha sido más difícil determinar la razón de mortalidad materna porque, comparadas con las defunciones de niños, las defunciones maternas son sucesos raros. En los países que carecen de un completo sistema de registro y certificación médica de las defunciones, la razón se estima a partir de encuestas domiciliarias a gran escala o de censos en los que se utilizan técnicas de autopsia verbal, ya que las estadísticas basadas en datos de establecimientos de salud están intrínsecamente sesgadas. Pero incluso así, la incertidumbre sigue siendo importante. Por ello, la estimación mundial de la razón de mortalidad materna se publica sólo cada cinco años, y en 2000 el 40% de las estimaciones de los países se basaban en cifras extrapoladas por regresión.⁴ La capacidad de evaluar de manera fiable las tendencias de la mortalidad materna es limitada.

Para el seguimiento es importante distinguir entre las estadísticas corregidas y las predichas.^{5,6} En las estadísticas corregidas se aplican ajustes para los sesgos conocidos y, en caso necesario, se parte del cotejo sistemático de datos de diversas fuentes por métodos transparentes y probados. En las estadísticas predichas se emplea un conjunto de supuestos relativos a la asociación entre otros factores y la magnitud de interés, por ejemplo, la mortalidad materna, para colmar las lagunas en los datos a lo largo del tiempo (proyectándolos al presente o al futuro) o del espacio (de una población con datos a otra con datos limitados o sin ellos). Las estadísticas predichas no son adecuadas para vigilar los progresos realizados; lamentablemente, el proceso de seguimiento de los ODM se basa en gran medida en ellas.⁵ Esta incongruencia deriva en parte de la demanda de estadísticas que estén disponibles más oportunamente y en parte de la falta de datos y de estrategias eficaces de cuantificación en el caso de determinadas estadísticas. Invertir en la recolección de datos y en el empleo de indicadores que sean válidos, fiables y comparables es de crucial importancia para la comunidad internacional, la cual debe también disponer de estrategias de cuantificación bien definidas con las que seguir de cerca los avances y evaluar los programas sanitarios.⁷



2. Personas con VIH: mejores datos, mejores estimaciones

Número de personas con VIH: comparación entre las estimaciones anteriores y las actuales⁸⁻¹⁴



Se desconoce el número exacto de personas con VIH, y ello pese a que la infección por el VIH puede diagnosticarse fácilmente mediante una prueba de anticuerpos ampliamente utilizada. Determinar con una certeza del 100% la cifra de personas con VIH en el mundo exigiría someter a todos los habitantes del planeta a la prueba del VIH cada año. Sin embargo, podemos estimarla utilizando datos de diversas fuentes, como la vigilancia de las mujeres embarazadas que acuden a clínicas de atención prenatal, las encuestas domiciliarias acompañadas de pruebas del VIH y la vigilancia «centinela» de las poblaciones con mayor riesgo de infección por el VIH.

El ONUSIDA y la OMS, en consulta con los países, emplean un método normalizado para obtener estimaciones de la prevalencia del VIH en hombres y en mujeres. Son cada vez más numerosos los países que han adoptado estos métodos para elaborar sus propias estimaciones nacionales. Sin embargo, la calidad de una estimación depende de la calidad de los datos en los que se basa. Puede que al disponer de datos más completos haya que ajustar las estimaciones anteriores, como ocurre en el caso de la epidemia de SIDA. Las barras del histograma representan estimaciones del número de personas infectadas por el VIH en el momento de publicarse cada informe anual *Situación de la epidemia de SIDA* desde 2000.⁸⁻¹⁴ La línea muestra las mejores estimaciones de cada año elaboradas en 2006 para el informe más reciente: revela que en el pasado se sobreestimó la magnitud de la epidemia, pero también que ésta sigue aumentando. Los intervalos que enmarcan las estimaciones reflejan el grado de incertidumbre respecto a las estimaciones mundiales de prevalencia del VIH.

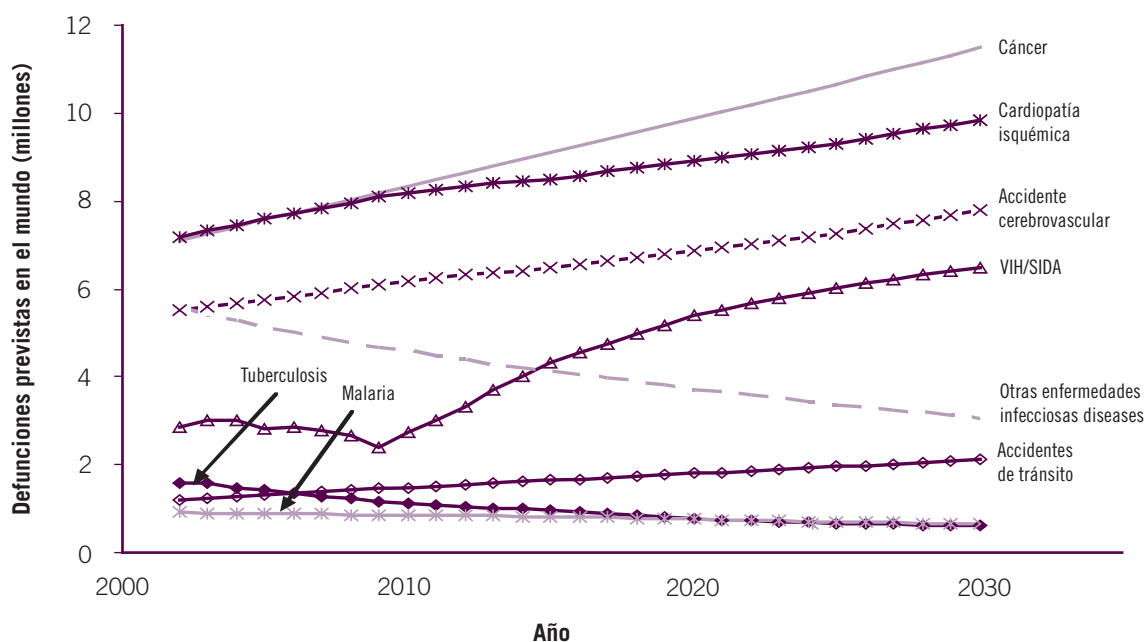
Las estimaciones recientes, más precisas, son el resultado de revisiones llevadas a cabo a partir de datos de más calidad. Dichas revisiones se basaron en datos de encuestas poblacionales de ámbito nacional y se beneficiaron de las mejoras en la calidad y la cobertura de la vigilancia «centinela» de muchos países.

Las estimaciones más recientes no pueden compararse directamente con las publicadas en años anteriores. Sería incorrecto derivar una tendencia de la mera comparación entre las barras. Las estimaciones elaboradas en 2006 para ese año y los precedentes (representadas por la línea) son más precisas que las elaboradas en años anteriores porque se basan en métodos mejorados y en datos más numerosos. No es raro que haya que proceder con cautela al comparar a lo largo del tiempo las estimaciones mundiales de prevalencia de enfermedades.



3. Salud en el futuro defunciones previstas por determinadas causas hasta 2030

Defunciones previstas en el mundo (millones) por algunas causas de muerte, 2002–2030¹⁵



Las estadísticas extrapoladas constituyen una ayuda importante y útil para orientar la planificación y la toma de decisiones estratégicas y fijar prioridades en materia de investigación y desarrollo. Según las proyecciones elaboradas por la OMS y publicadas a principios de 2006,¹⁵ en los próximos 25 años se producirá en el mundo un desplazamiento considerable de la distribución de las defunciones desde los grupos de menor edad hacia los de mayor edad, y desde las enfermedades transmisibles hacia las no transmisibles. Está previsto que entre 2002 y 2030 se produzcan grandes descensos de la mortalidad debida a todas las principales causas transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales, con excepción del VIH/SIDA. Se prevé que, en el mundo, las defunciones por VIH/SIDA aumenten de 2,8 millones en 2002 a 6,5 millones en 2030 según un escenario de referencia que supone que en 2012 el tratamiento con antirretrovíricos habrá alcanzado una cobertura del 80%.

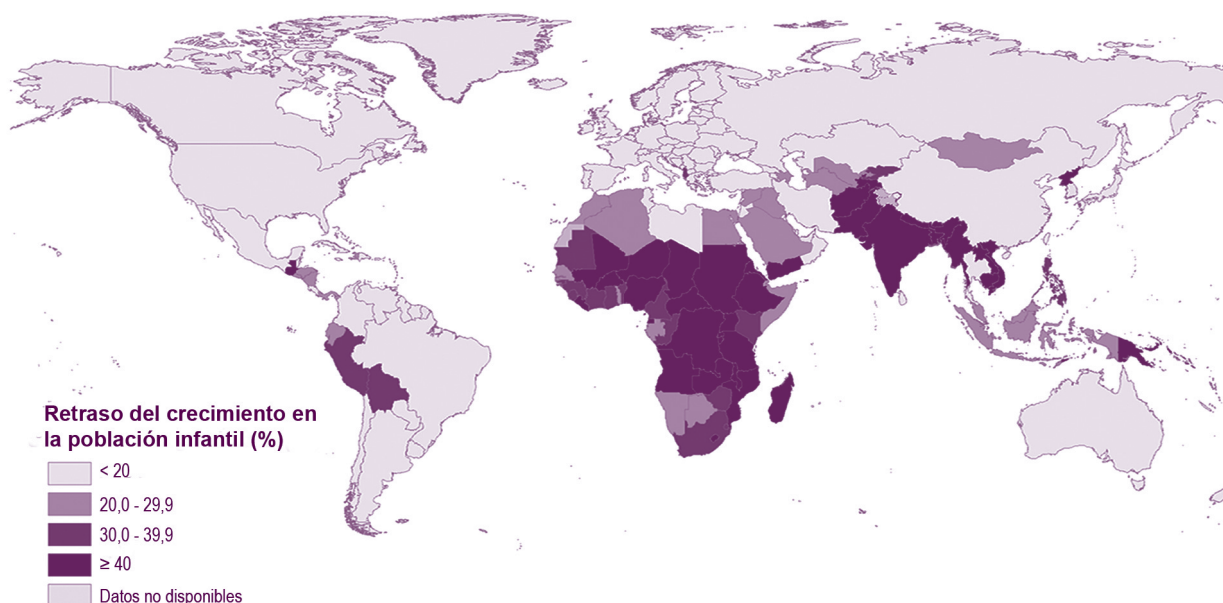
Aunque se prevé un descenso de las tasas de mortalidad por edades para la mayoría de las enfermedades no transmisibles, el envejecimiento de la población mundial determinará que en los próximos 30 años aumente significativamente el número total de defunciones causadas por la mayor parte de dichas enfermedades. Según este escenario de referencia, en conjunto, las enfermedades no transmisibles serán responsables de casi el 70% de las defunciones en 2030. La previsión de un incremento del 40% en la cifra mundial de defunciones debidas a traumatismos entre 2002 y 2030 se basa fundamentalmente en el creciente número de defunciones por accidentes de tránsito.

Se prevé que, en 2030, las cuatro causas principales de muerte en el mundo sean las cardiopatías isquémicas, los accidentes cerebrovasculares, el VIH/SIDA y las neumopatías obstructivas crónicas. Y se prevé, asimismo, que el número total de defunciones atribuibles al consumo de tabaco se eleve de 5,4 millones en 2005 a 6,4 millones en 2015 y a 8,3 millones en 2030. Según las proyecciones, en 2015 el tabaco matará a un 50% más de personas que el VIH/SIDA y será responsable del 10% de todas las defunciones.



4. Desnutrición infantil: ¿cuál es la situación actual?

Distribución geográfica del retraso del crecimiento en años <5¹⁶



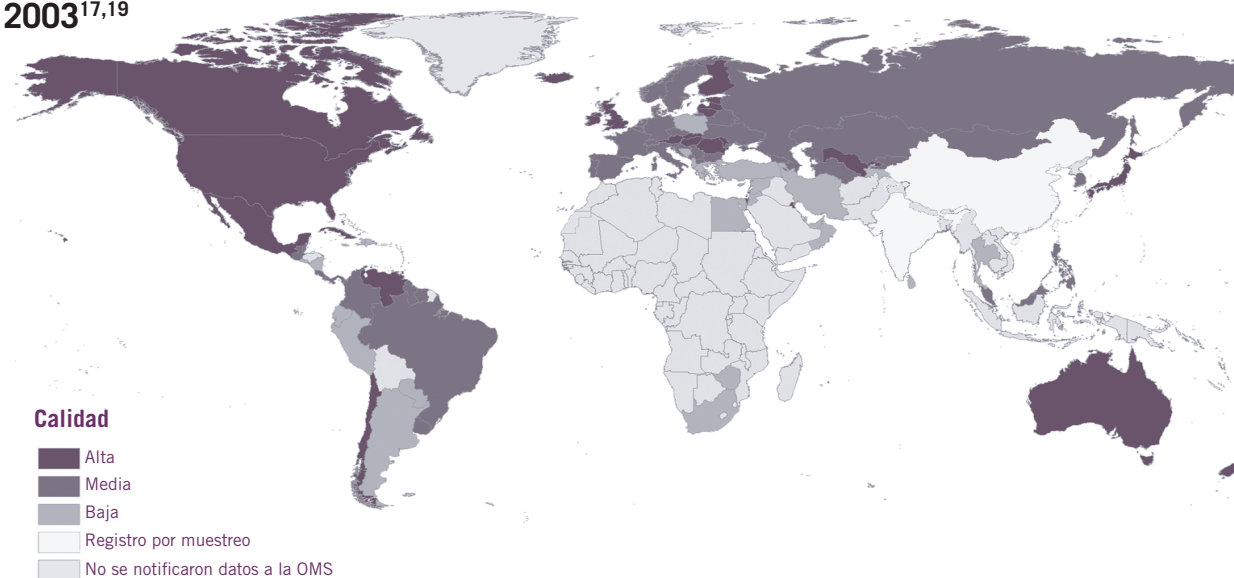
La publicación por la OMS de los nuevos Patrones de Crecimiento Infantil (<http://www.who.int/childgrowth/en>) repercute en las estimaciones de la desnutrición en los niños. Se han recalculado las estimaciones mundiales, regionales y nacionales a partir de dichos patrones, con datos de 388 encuestas nacionales de 139 países.¹⁶

En 2005 se estimó que, en el conjunto del mundo en desarrollo, el 32% de los niños menores de cinco años (178 millones de niños) tenían retraso del crecimiento (es decir, que su estatura era inferior a dos desviaciones estándar por debajo de la mediana de la talla para la edad de la población de referencia). En ese año, más del 40% de los casos de retraso de crecimiento se registraron en las regiones OMS de África y Asia Sudoriental; en torno al 25% se localizaron en la Región del Mediterráneo Oriental y el 10–15% lo fueron en las regiones de las Américas y el Pacífico Occidental. De los 39 países con una prevalencia de retraso del crecimiento igual o superior al 40%, 22 se sitúan en la Región de África, 7 en Asia Sudoriental, 4 en el Mediterráneo Oriental, 4 en el Pacífico Occidental, 1 en Europa y 1 en la Región de las Américas. De los 35 países con una prevalencia de retraso del crecimiento inferior al 20%, 13 se localizan en la Región de las Américas, 11 en Europa, 6 en el Mediterráneo Oriental, 3 en el Pacífico Occidental y 2 en Asia Sudoriental.

La emaciación (definida como un peso inferior a dos desviaciones estándar por debajo de la mediana del peso para la estatura) es un signo de malnutrición aguda y un poderoso factor predictivo de mortalidad en la población infantil. Según los nuevos patrones de crecimiento de la OMS, se estima que la prevalencia mundial de emaciación en niños menores de cinco años es del 10% (55 millones de niños); el mayor número de niños afectados — 29 millones— vive en Asia centromeridional. La misma distribución geográfica adopta la emaciación grave (definida como un peso inferior a tres desviaciones estándar por debajo de la mediana del peso para la estatura), con una prevalencia total estimada en el 4% de la población infantil (19 millones de niños). Muchos de estos niños es probable que mueran antes de cumplir los cinco años. En general, comparadas con estimaciones basadas en la referencia internacional anterior las tasas de retraso del crecimiento son mayores en todos los grupos de edad cuando se aplican los nuevos patrones de la OMS. Asimismo, según estos nuevos patrones la prevalencia de emaciación y de emaciación grave es más alta durante la primera mitad de la infancia, por lo que las tasas de emaciación grave siguen siendo entre 1,5 y 2,5 veces superiores a las basadas en referencias anteriores.

5. Cifras y causas de muerte: colmar las lagunas de información

Calidad de la información sobre la causa de la muerte en los sistemas de registro civil nacionales, según los últimos datos recibidos de los Estados Miembros de la OMS, hacia 2003^{17,19}



Nota: Los criterios para evaluar la calidad de la información sobre la causa de la muerte son válidos para los datos de los sistemas nacionales de registro civil. No se aplican, pues, ni a China ni a la India, ya que estos países notifican datos de sistemas de registro por muestreo, los cuales cubren menos del 10% de la población.

Es fundamental contar con datos precisos y oportunos sobre las defunciones y sus causas, respaldados por certificados médicos. La OMS recolecta anualmente información sobre las causas de muerte entre sus Estados Miembros. Sin embargo, carecemos de datos recientes de más de una cuarta parte de la población mundial, ubicada en gran parte en África, Asia Sudoriental y Oriente Medio, y precisamente son estas las áreas que soportan una gran proporción de la carga de morbilidad mundial. Entre los Estados Miembros, 115 disponen de algún tipo de registro de defunciones del que la OMS tiene conocimiento; ello incluye a China y la India, que cuentan asimismo con sistemas de registro de estadísticas vitales por muestreo.

Se dan retrasos en la recolección, el análisis y la notificación de estas estadísticas: en 2007 la OMS recibió datos de 2004 o 2005 de 64 países (56%). En una evaluación de la OMS sobre la calidad de la información relativa a las causas de muerte se señaló que sólo 29 de los 115 países que comunican estas estadísticas a la OMS disponen de sistemas idóneos, lo que supone una cobertura inferior al 13% de la población mundial.¹⁷ En los demás países las estadísticas sobre mortalidad adolecen de uno o más de los problemas siguientes: registro incompleto de nacimientos y muertes, notificación no técnica de la causa de la muerte, mala cobertura y notificación incorrecta de la edad.

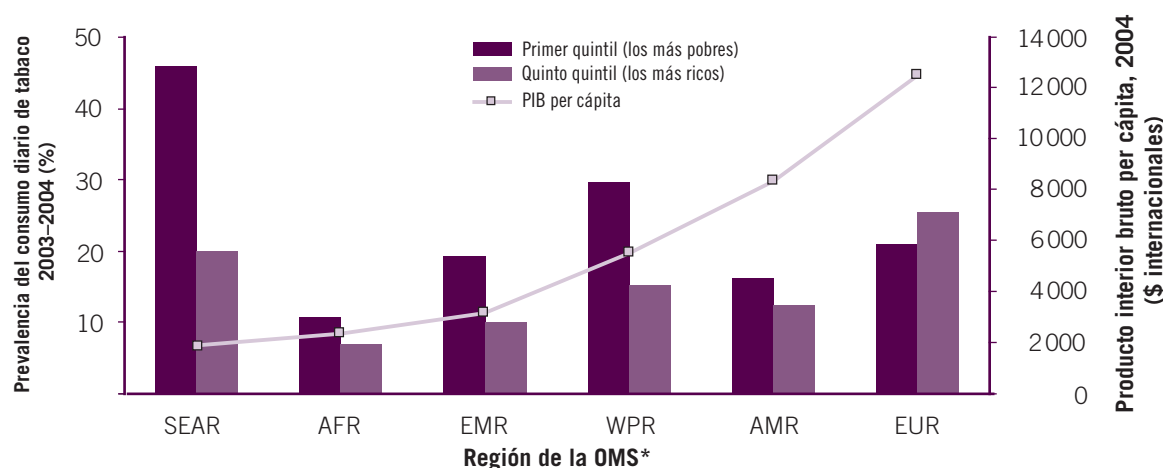
En último término, el objetivo debe consistir en el establecimiento en todos los países de un registro civil completo con certificación médica de las defunciones. Los gobiernos nacionales, con el apoyo de organismos internacionales, han de seguir esforzándose por mejorar la cobertura y la calidad de sus sistemas de registro de estadísticas vitales.

Además del registro civil completo, se necesitan iniciativas complementarias orientadas a responder a la demanda de información oportuna y a evaluar el desempeño de los propios sistemas. La OMS, en colaboración con sus asociados, está redoblando los esfuerzos por mejorar la calidad de los datos en los que se basan sus estimaciones generales de mortalidad por edad, sexo y causa.¹⁸ Dichos esfuerzos consisten en hacer un mejor uso de las encuestas domésticas y los censos, aplicar instrumentos normalizados de autopsia verbal, y utilizar datos de registros civiles parciales y de otras fuentes.



6. Consumo de tabaco y pobreza: alta prevalencia entre los más pobres del mundo

Consumo diario de tabaco entre adultos ≥ 18 años por quintil de ingreso y región de la OMS²⁰



SEAR = Asia Sudoriental; AFR = África; EMR = Mediterráneo Oriental; WPR = Pacífico Occidental; AMR = Américas; EUR = Europa

Las desigualdades en materia de salud hacen referencia a diferencias en la situación sanitaria o en la distribución de los determinantes de la salud entre distintas poblaciones. La carga de morbilidad atribuible al consumo de tabaco afecta cada vez en mayor proporción a las poblaciones de los países en desarrollo. Según las últimas estimaciones, más del 80% de los 8,3 millones de defunciones atribuidas al tabaco que se prevé que se producirán en el año 2030 corresponderán a países de ingresos bajos y medios.¹⁵

Los datos sobre prevalencia del tabaquismo en la población adulta de los países en desarrollo son limitados. La Encuesta Mundial de Salud de la OMS proporciona una valiosa información sobre la prevalencia comparativa entre adultos de 18 años en adelante.²⁰ Los resultados de la encuesta de 2003–2004 indican que la mayor prevalencia de consumo diario de tabaco se da en los hogares con menos ingresos de los países en desarrollo, es decir, entre los más pobres de los pobres; de hecho, las cifras más altas se registran entre los pobres en todas las regiones de la OMS, excepto la de Europa. La mayor diferencia de prevalencia entre pobres y (relativamente) ricos se ha observado en el grupo de países de Asia Sudoriental entrevistados, en los que se dan los más bajos ingresos medios por habitante.

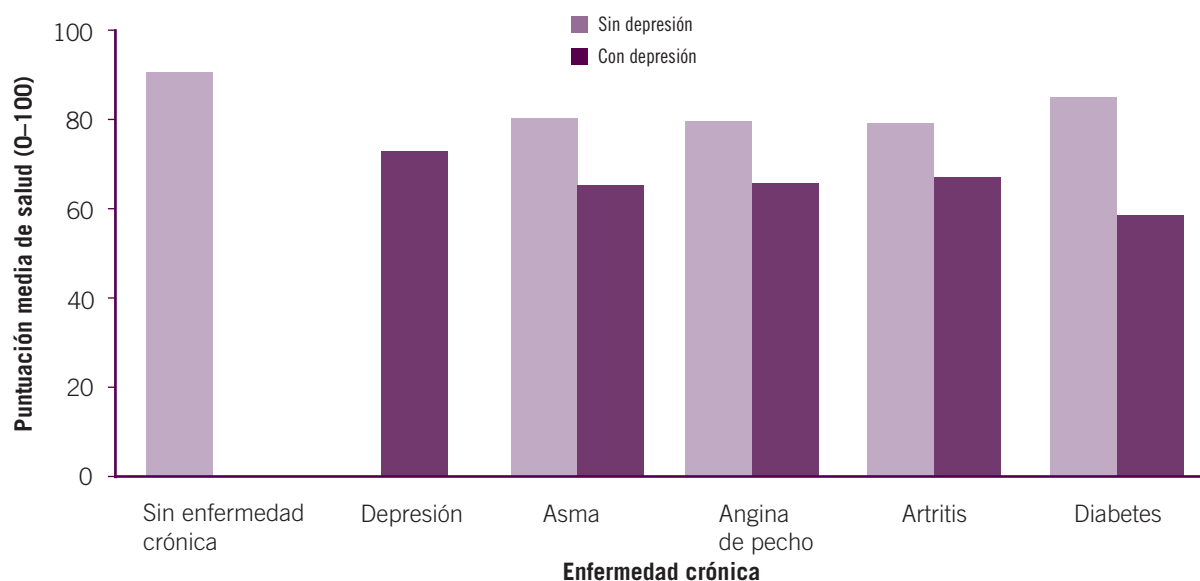
La combinación de una mayor prevalencia de tabaquismo y de un acceso más limitado a los recursos sanitarios genera importantes desigualdades sanitarias y es probable que perpetúe el círculo vicioso de enfermedad y pobreza. Las desigualdades entre países y dentro de ellos en lo relativo al riesgo de enfermedades infecciosas se han extendido ahora a los factores de riesgo de enfermedades no transmisibles, con consecuencias para los sistemas sanitarios a todos los niveles.

* Países objeto de la encuesta en cada región: Región de África (AFR): Burkina Faso, Chad, Comoras, Congo, Côte d'Ivoire, Etiopía, Ghana, Kenya, Malawi, Malí, Mauritania, Mauricio, Namibia, Senegal, Sudáfrica, Swazilandia, Zambia, Zimbabwe; Región de las Américas (AMR): Brasil, República Dominicana, Ecuador, Guatemala, México, Paraguay, Uruguay; Región del Mediterráneo Oriental (EMR): Marruecos, Pakistán, Túnez, Emiratos Árabes Unidos; Región de Europa (EUR): Bosnia y Herzegovina, Croacia, República Checa, Estonia, Georgia, Hungría, Kazajstán, Letonia, Federación de Rusia, Eslovaquia, Eslovenia, España, Ucrania; Región de Asia Sudoriental (SEAR): Bangladesh, India, Sri Lanka, Myanmar, Nepal; Región del Pacífico Occidental (WPR): China, Laos, Malasia, Filipinas, Viet Nam.



7. Enfermedades mentales: la depresión empeora la salud de las personas con enfermedades crónicas

Puntuación media de salud por afección, Encuesta Mundial de Salud 2003²⁰



La depresión es un problema importante de salud pública mundial debido tanto a su prevalencia relativamente alta a lo largo de la vida como a la importante discapacidad que causa. En 2002 fue responsable del 4,5% de la carga mundial de morbilidad (expresada como años de vida ajustados en función de la discapacidad). Es, asimismo, responsable de la proporción más elevada de la carga atribuible a resultados sanitarios no mortales, y a ella se debe casi el 12% del total mundial de años vividos con discapacidad.²¹ Sin tratamiento, la depresión tiende a hacerse crónica, a recurrir y a causar una discapacidad que se acentúa con el tiempo.

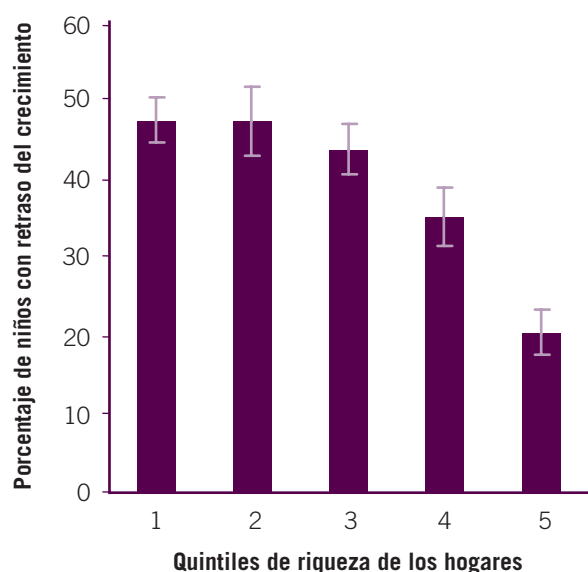
La Encuesta Mundial de Salud de la OMS recolectó datos sobre salud y resultados sanitarios y sobre sus determinantes en muestras de población adulta de 18 años en adelante.²⁰ La prevalencia de depresión se estimó basándose en los criterios de la *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud, décima revisión* (CIE-10). También se estimaron las prevalencias de cuatro dolencias físicas crónicas: angina de pecho, artritis, asma y diabetes. La figura muestra la puntuación media de salud (en la que 0 representa el peor nivel de salud y 100, el mejor nivel de salud) para cada enfermedad, asociada y no asociada a depresión. Los entrevistados que no padecían depresión ni otros trastornos tenían una puntuación media de salud de 90; los aquejados de sólo una de las enfermedades crónicas tenían puntuaciones medias de salud en torno a 80; y los que padecían depresión, pero no una afección crónica, presentaban las puntuaciones medias de salud más bajas (73). Los entrevistados que referían depresión y otro trastorno crónico tenían puntuaciones medias de salud mucho más bajas que las de los que sólo padecían un trastorno crónico. Estas pautas se mantuvieron tras realizar ajustes en función de las variables sociodemográficas.

Este análisis no nos dice si las personas están más deprimidas porque padecen un trastorno crónico. Es fundamental diagnosticar y tratar oportunamente los trastornos depresivos, sea cual sea su causa. En muchos entornos de atención primaria en los que los pacientes acuden a consulta con diversos trastornos, entre ellos depresión, ésta queda a menudo sin diagnosticar, e incluso cuando se diagnostica el tratamiento suele centrarse en las otras enfermedades crónicas. La depresión puede tratarse en centros de atención primaria o servicios de salud comunitarios haciendo uso de intervenciones disponibles a nivel local y costoeficaces.



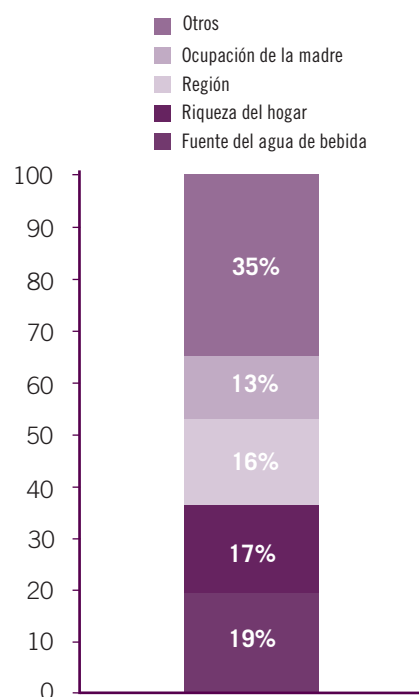
8. Desigualdades en salud: conocer sus determinantes

**Retraso del crecimiento de niños < 5 años
por quintil de riqueza de los hogares,
Mozambique (1999–2003)²³**



Note: Índice de riqueza en los hogares obtenido a partir de los bienes no perecederos, tipo de materiales utilizados en el piso de las casas y número de habitaciones, dividido por el número de miembros del hogar. El primer quintil corresponde a los más pobres, y el quintil 5 a los menos pobres.

**¿Qué contribuye a la inequidad en
el retraso del crecimiento infantil?**



Descomposición de la
inequidad en el retraso
del crecimiento infantil

Es importante medir las desigualdades socioeconómicas en relación con la salud de una población porque las medias nacionales enmascaran a menudo diferencias dentro de subgrupos y entre ellos. Con miras a la formulación de políticas reviste especial interés comprender por qué existen desigualdades (o inequidades) injustas y evitables y qué medidas pueden tomarse en pro de una mayor equidad. El análisis de descomposición es un método utilizado para cuantificar la contribución de diversos factores a las inequidades en salud; tiene en cuenta la distribución socioeconómica de determinantes de la salud e indicadores sanitarios.²²

Por ejemplo, el análisis de descomposición basado en datos de la Encuesta Demográfica y de Salud de 2003 de Mozambique muestra que los cuatro responsables máximos del retraso del crecimiento en la población infantil (definido como una talla para la edad inferior a dos desviaciones estándar por debajo de la mediana de la población de referencia), estratificados por nivel de riqueza del hogar eran: la fuente de agua de bebida (19%), la propia riqueza del hogar (17%), las diferencias geográficas (16%) y la ocupación de la madre (13%).²³ Otros diez factores identificados en la encuesta contribuyen conjuntamente en un 35%. El uso de esta técnica para sacar a la luz inequidades pone de manifiesto que las estrategias dirigidas a hacer frente a los factores que contribuyen a ellas probablemente precisen de acciones colectivas e intersectoriales que no se limiten a las autoridades sanitarias o al sistema de salud.

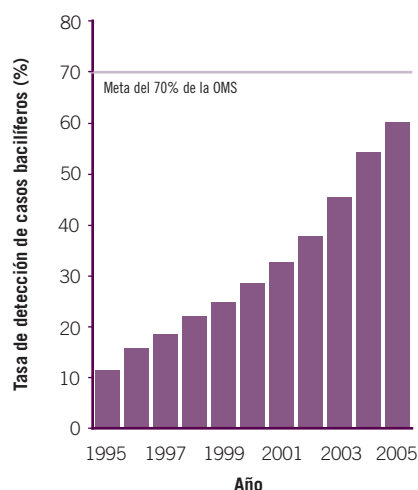
Describir las inequidades en salud y conocer sus determinantes exige contar con datos de procesos y de resultados que puedan desglosarse por diversas características socioeconómicas o demográficas, y tener la capacidad de relacionar entre sí datos de distintos sectores de un mismo país. La OMS contribuye a estas labores fijando normas y criterios y prestando asistencia técnica a los Estados Miembros.



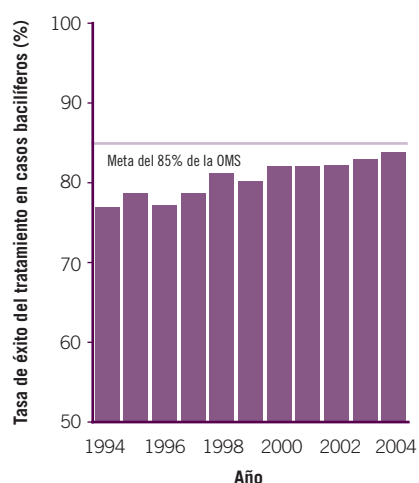
9. Lucha antituberculosa: objetivos y metas

En 2005 se trató a 26 millones de enfermos de tuberculosis, pero por un estrecho margen no se alcanzaron las metas mundiales²⁵

Detección de casos en el mundo: 60% en 2005
Meta alcanzada en la Región del Pacífico Occidental



Éxito mundial del tratamiento 84% en 2004-2005
Meta alcanzada en las regiones de Asia Sudoriental y del Pacífico Occidental



En 2005 se estimaron en 8.8 millones los casos nuevos de tuberculosis, de los que 7.4 millones se localizaban en Asia y el África subsahariana. En ese año, murieron de tuberculosis 1.6 millones de personas, de las que 195 000 estaban infectadas por el VIH. Basándose en datos de vigilancia, el informe *Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing* extrae tres grandes conclusiones sobre los programas de lucha antituberculosa.²⁴

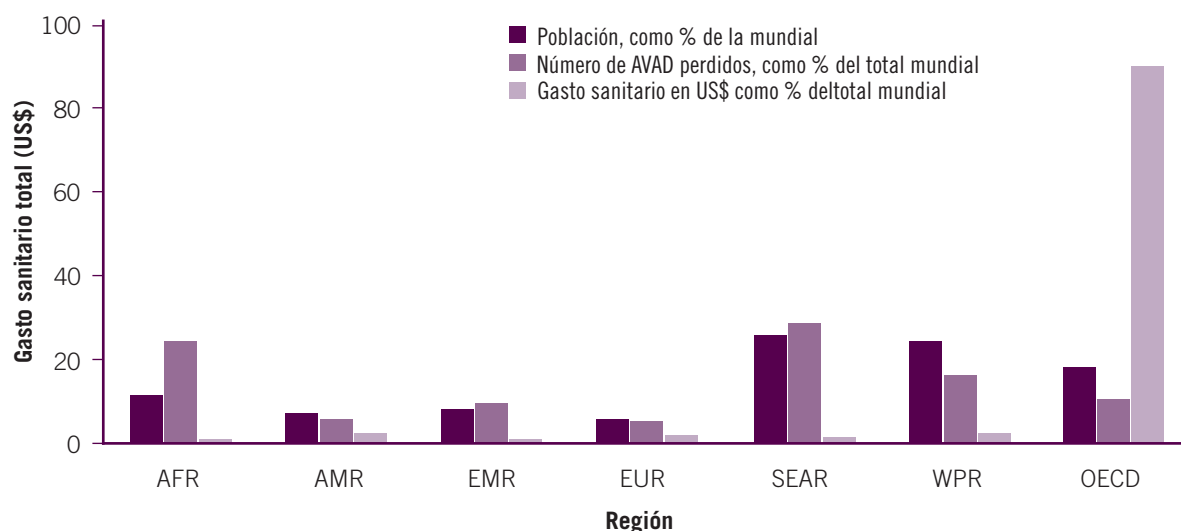
En primer lugar, aunque son más de 26 millones los enfermos de tuberculosis que han recibido tratamiento en el marco de la estrategia DOTS de la OMS, los programas mundiales de lucha antituberculosa se quedaron a las puertas de conseguir las metas fijadas para 2005 en materia de detección de casos (llegaron al 60%, cuando la meta era del 70%) y de curación (lograron un 84%, y la meta era del 85%). Sin embargo, ambas metas se lograron en la Región OMS del Pacífico Occidental y en 26 países, entre ellos China, Filipinas y Viet Nam. En segundo lugar, aunque el número total de pacientes diagnosticados y tratados en 2005 mediante la estrategia DOTS se acercó a la meta fijada, el número de pacientes comprobadamente seropositivos para el VIH o aquejados de tuberculosis multirresistente (MDR-TB) era mucho menor que el previsto en el *Plan Mundial para Detener la Tuberculosis 2006-2015*.²⁵ Por tanto, es preciso trabajar mucho para intensificar la colaboración entre los programas de lucha antituberculosa y de lucha contra el VIH y para tratar la tuberculosis multirresistente y la tuberculosis extremadamente farmacorresistente. En tercer lugar, la epidemia mundial de tuberculosis parece encontrarse a punto de iniciar su declive. En la actualidad, la tasa de incidencia se mantiene estable o desciende en todas las regiones de la OMS, incluidas África y Europa.

Estos hallazgos, de confirmarse, significan que la meta 8 de los ODM se alcanzará antes de 2015. Aun así, el número total de casos nuevos todavía aumentaba lentamente en 2005 en las regiones de África, Mediterráneo Oriental y Asia Sudoriental. Por razones que no se conocen por completo, en países asiáticos que notifican altas tasas de detección de casos y de éxito del tratamiento el descenso de la incidencia no ha sido tan rápido como se había previsto, lo cual guarda relación con la cuarta conclusión: la carga mundial de tuberculosis no está reduciéndose con la suficiente rapidez como para satisfacer las metas más exigentes fijadas por la Alianza Alto a la Tuberculosis. Al ritmo actual, en 2015 no se habrán reducido a la mitad las tasas de prevalencia y mortalidad de 1990.



10. Gasto en salud: ¿cubre las necesidades?

Distribución de la población, años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) y gasto sanitario total por Región de la OMS* y pertenencia a la OCDE, 2004²⁶



AFR, África; AMR, Américas; EMR, Mediterráneo Oriental; EUR, Europa; SEAR, Asia Sudoriental; WPR, Pacífico Occidental.

Note: Totales de las siguientes regiones calculados tras sustraer los 30 países de la OCDE: Américas, Europa y Pacífico Occidental. DALYs are from 2002.

En 2004, el mundo gastó US\$ 4,1 billones en salud, lo que equivale a 4,9 billones de dólares internacionales. (Los dólares internacionales se utilizan para hacer comparable el poder adquisitivo de las diversas divisas nacionales). La distribución geográfica de los recursos económicos para la salud es irregular.²⁶ Existe un denominado «síndrome 20/90» por el que los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) representan menos del 20% de la población mundial, pero gastan el 90% de los recursos mundiales para la salud.

Los países de la OCDE gastan una proporción mayor de su producto interior bruto en salud; supera en promedio el 11%, frente al 4,7% de los países de la Región de África y la Región de Asia Sudoriental. Ello se traduce en un gasto por habitante de unos 3080 dólares internacionales (US\$ 3170) en los países de la OCDE, frente a 102 dólares internacionales (US\$ 36) en los países africanos y de Asia Sudoriental, que son mucho más pobres. Al relacionar este gasto con los datos epidemiológicos, la gráfica muestra que aunque las regiones más pobres, como la Región de África y la de Asia Sudoriental, soportan la mayor parte de la carga mundial de morbilidad (> 50% del total de años de vida ajustados en función de la discapacidad perdidos en el mundo) y acogen al 37% de la población del planeta, gastan aproximadamente el 2% de los recursos mundiales para la salud. La Región del Pacífico Occidental, excluidos Australia, Japón, Nueva Zelandia y la República de Corea, representa el 24% de la población mundial (dominada por China), y aproximadamente el 18% de la carga mundial de morbilidad, pero sólo el 2% de los recursos mundiales para la salud. La Región de las Américas y la Región de Europa, excluidos los países de la OCDE, representan aproximadamente el 12% de la población mundial, soportan el 11% de la carga mundial de morbilidad y gastan algo menos del 5% de los recursos sanitarios. Los países más ricos con poblaciones más reducidas y menores cargas de morbilidad utilizan más recursos sanitarios que los países más pobres con poblaciones mayores y cargas de morbilidad más elevadas. Ello pone de relieve la absoluta necesidad de que muchos países pobres dispongan de más recursos y suscita interrogantes en torno a la eficiencia del gasto sanitario en los países más ricos.



Referencias

1. Hill K et al. Trends in child mortality in the developing world: 1990 to 1996. Nueva York, UNICEF, 1998.
2. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. *Estado Mundial de la Infancia 2007*. Nueva York, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2006.
3. ORC Macro. *Demographic and health survey: Malawi 2007*. Calverton, MD, ORC Macro, 2007.
4. *Maternal mortality in 2000: estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004.
5. Murray CJ. Towards good practice for health statistics: lessons from the Millennium Development Goal health indicators. *Lancet*, 2007, 369:862-873.
6. *Advisory Committee on Health Monitoring and Statistics: meeting report*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006 (<http://www.who.int/healthinfo/statistics/healthinfochmsreport20061214-15.pdf>, consulta: 4 de abril de 2007).
7. Boerma JT, Stansfield SK. Health statistics now: are we making the right investments? *Lancet*, 2007, 369:779-786.
8. *Situación de la epidemia de SIDA: diciembre 2000*. Ginebra, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, Organización Mundial de la Salud, 2000 (WHO/CDS/CSR/EDC/2000.9).
9. *Situación de la epidemia de SIDA: diciembre 2001*. Ginebra, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, Organización Mundial de la Salud, 2001 (WHO/CDS/CSR/NCS/2001.2).
10. *Situación de la epidemia de SIDA: diciembre 2002*. Ginebra, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, Organización Mundial de la Salud, 2002 (UNAIDS/02.58E).
11. *Situación de la epidemia de SIDA: diciembre 2003*. Ginebra, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, Organización Mundial de la Salud, 2003 (UNAIDS/03.39E).
12. *Situación de la epidemia de SIDA: diciembre 2004*. Ginebra, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, Organización Mundial de la Salud, 2004.
13. *Situación de la epidemia de SIDA: diciembre 2005*. Ginebra, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, Organización Mundial de la Salud, 2005 (UNAIDS/05.19E).
14. *Situación de la epidemia de SIDA: diciembre 2006*. Ginebra, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, Organización Mundial de la Salud, 2006 (UNAIDS/06.29E).
15. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine* [revista en línea], 2006, 3(11):e442 (<http://medicine.plosjournals.org/perlserv/?request=get-document&doi=10.1371/journal.pmed.0030442>, consulta: 4 de abril de 2007).
16. *Global database on child growth and malnutrition* [base de datos en línea]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007 (<http://www.who.int/nutgrowthdb/database/en>, consulta: 4 de abril de 2007).
17. Mathers CD et al. Counting the dead and what they died from: an assessment of the global status of cause of death data. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, 2005, 83:171-177.
18. Shibuya K. Counting the dead is essential for health. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, 2006, 84:170-171.
19. *WHO mortality database: tables* [base de datos en línea]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007 (<http://www.who.int/healthinfo/morttables/en/index.html>, consulta: 4 de abril de 2007).
20. *WHO survey data centre: Encuesta Mundial de Salud*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007 (<http://surveydata.who.int/>, consulta: 4 de abril de 2007).
21. *Revised global burden of disease (GBD) 2002 estimates*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005 (<http://www.who.int/healthinfo/bodgbd2002revised/en/index.html>, consulta: 4 de abril de 2007).
22. Hosseinpoor AR et al. Decomposing socioeconomic inequality in infant mortality in Iran. *International Journal of Epidemiology*, 2006, 35:1211-1219.
23. *A WHO report on inequities in maternal and child health in Mozambique*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007.
24. *Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing. WHO report 2007*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007 (WHO/HTM/TB/2007.376).
25. *The Global Plan to Stop TB 2006-2015*. Ginebra, Alianza Alto a la Tuberculosis, Organización Mundial de la Salud, 2006 (WHO/HTM/STB/2006.35).
26. *National health accounts*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007 (<http://www.who.int/nha>, consulta: 4 de abril de 2007).